FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THESE

N° 258

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean ETTORI

Né à Alger le 15 Février 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Manifestations Articulaires

de l'Heredosyphilis Tardive

Président de Thèse : M. le Professeur P. CARNOT

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR

13, RUE DE L'ECOLE-DE-MÉDECINE, 13

PARIS

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THESE

N.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean ETTORI

Né à Alger le 15 Février 1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Manifestations Articulaires

de l'Heredosyphilis Tardive

Président de Thèse : M. le Professeur P. CARNOT

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13
PARIS

1930

I. — PROFESSEURS

Le Doyen ..... M. ROGER

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	DGAUDARD D'ALLANES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	LEROUX.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	MERCIER Fernand.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT. (Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	DEMELIN.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a fait le grand honneur de présider ma thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TZANCK

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui a bien voulu m'accueillir dans son Service. Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FATOU

Ancien Chef de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu

Assistant à l'Hôpital Saint-Antoine

Qui a inspiré ce travail et à qui je resterai toujours reconnaissant de l'extrême bienveillance qu'il m'a témoignée.

Origine et objet de ce travail

Nous avons eu l'occasion d'observer à la Consultation de Syphiligraphie de l'Hôpital Saint-Antoine, dans le Service du Docteur Tzanck, deux femmes adultes qui, toutes deux, présentaient des manifestations articulaires dûes indubitablement à une hérédo-syphilis tardive. Chose remarquable, toutes deux présentent des lésions valvulaires cardiaques, ce qui complique évidemment le diagnostic de ces arthropathies et amène à préciser les caractères différentiels des manifestations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive.

Au cours de notre travail, une troisième observation inédite est venue s'ajouter aux précédentes. Nous remercions M. le Professeur Carnot et M. le Docteur Fatou de nous permettre de l'utiliser. Elle concerne un jeune malade hospitalisé à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu pour une hydarthrose hérédo-syphilitique avec infantilisme généralisé et rétrécissement mitral.

Nous fondant sur nos propres observations et sur celles des auteurs français et étrangers que nous avons relevées dans la littérature de ces dernières années, nous nous pro-

posons de faire ici une étude générale des arthropathies de l'hérédo-syphilis tardive.

Nous chercherons plus particulièrement à démontrer l'inexactitude de la nécessité d'une atteinte osseuse pour conditionner l'arthrite ainsi que l'affirment encore certains auteurs.

Nous montrerons que la bilatéralité de l'hydarthrose qui caractérise le type décrit par Clutton n'est pas forcément simultanée.

Nous essaierons de dégager les caractères biologiques et cytologiques du liquide de ponction des hydarthroses de la syphilis héréditaire tardive.

Enfin, nous tâcherons de tirer une conclusion de l'atteinte cardiaque que présentent nos trois malades.

Définition de l'Heredosyphilis tardive. Historique de l'Étude des manifestations articulaires de cette variété de l'infection syphilitique.

« Sous le nom de syphilis héréditaire tardive, on désigne, dit Fournier, l'ensemble des accidents syphilitiques qui dérivant d'une infection héréditaire, se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie, c'est-à-dire au cours de la deuxième enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte. Par opposition à la syphilis héréditaire précoce, qui succède immédiatement à la naissance, la syphilis héréditaire tardive est celle qui fait ses manifestations dans un âge plus distant de la naissance, et cela soit qu'elle entre en action à cet âge, soit qu'elle ait été précédée d'autres accidents de même origine dans le premier âge. »

Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive ainsi définie ont fait l'objet de nombreuses études.

C'est Richet, en France qui pose nettement le problème de la syphilis articulaire pour la première fois en 1853 à l'occasion de son mémoire sur les tumeurs blanches où il dé-

clare : « J'ai la conviction que bon nombre des hydarthroses chroniques rebelles à tout traitement, ne sont autre chose que des synovites syphilitiques ». Ces idées ne furent pas admises par Ricord et Panas. Cependant, Fournier, Gaucher admettent l'existence des arthropathies syphilitiques.

La part de la syphilis héréditaire dans l'étiologie des arthrites n'apparaît que plus tardivement.

En Allemagne, on peut citer les travaux de Lewin (1868), Guterboeck (1878), Knaak (1879), Max Schüller (1883).

En Angleterre, le travail capital est dû à Clutton (1886). On peut encore citer Robinson (1896).

En France, les auteurs sont nombreux.

Citons les thèses de Dubreuil (1881), Méricamp (1882), les leçons d'Alfred Fournier, le mémoire de Kirmisson et Jacobson (1897), la revue de Morestin (1901). Puis, toute une série de thèses : Rauguedat (1883), Daujon (1887), Métayer (1904). En 1905, Fouquet fait paraître son traité de la syphilis articulaire qui est la somme des connaissances à cette époque. Puis, nous entrons dans les travaux récents : thèse de Pillon en 1914, de Merlier (inspirée par Cantonnet) en 1917, la thèse de Madame Geismar (inspirée par Dufour) en 1922, la thèse de Rougier (inspirte par Fatou) en 1924, celle de Gerson en 1925.

Nous verrons au cours de notre travail qu'à ces travaux d'ensemble il faut ajouter de nombreuses communications aux Sociétés Savantes et des revues d'ensemble.

Classification adoptée

Jusqu'à ces temps derniers on adoptait la classification de Fouquet.

Pour lui, il existe deux variétés seulement d'arthrites de la syphilis héréditaire :

« 1° Une ostéo-arthropathie qui s'accompagne le plus souvent d'un épanchement et qui simule la tumeur blanche (pseudo-tumeur blanche) ;

« 2° Une ostéo-arthopathie sèche caractérisée par les déformations osseuses (arthropathie déformante) ».

Ce cadre est beaucoup trop étroit. Il part d'ailleurs de l'idée préconçue commune à lui-même et à Fournier que l'os est toujours atteint. « L'hydarthrose ne fait que masquer les tuméfactions osseuses dont elle n'est qu'un épiphénomène », nous dit Fournier.

Depuis le travail de Fouquet (1905) l'attention est davantage portée sur le rôle de la syphilis héréditaire comme facteur étiologique des maladies. De plus, la réaction de Wassermann nous aide dans le diagnostic étiologique. Aussi nombreux depuis cette époque sont les cas qui ne rentrent point dans les deux chapitres de Fouquet.

Nous adopterons ici la classification proposée par Rougier qui est très clinique et très compréhensive.

Dans sa thèse Rougier distingue les variétés suivantes :

1° Variété aiguë. — Type arthropathie aiguë inflammatoire (arthrite suppurée hérédo-syphilitique) ;

2° Variété subaiguë. — Rhumatisme polyarticulaire subaigu hérédo-syphilitique (exceptionnellement monoarticulaire).

Cette forme est caractérisée par son polymorphisme clinique : *a*) arthralgies ; *b*) arthrites fluxionnaires ; *c*) arthrites avec épanchement : évolution vers la guérison, vers la chronicité (sous forme d'arthrite sèche au d'hydarthrose chronique).

3° Variété chronique :

A) Formes avec épanchement : hydarthrose pure (hydarthrose chronique bilatérale des genoux, primitive (type Clutton) ; forme ostéosynoviale (pseudotumeur blanche syphilitique).

B) Formes d'arthrite sèche : *a*) arthrite sèche crépitante ; *b*) forme ankylosante (suite de variétés subaiguës ou primitive) ; *c*) rhumatisme chronique déformant hérédosyphilitique (poussées d'hydarthroses possibles).

Observations

OBSERVATION I

D[r] Tzanck et D[r] Fatou (*Inédite*)

Histoire de la maladie.

Mlle B..., âgée de 34 ans, vient consulter à Saint-Antoine le 19 février 1930 pour une tuméfaction chronique bilatérale des genoux.

Elle nous apprend qu'à l'âge de quinze ans, elle a présenté une luxation récidivante de la rotule gauche qui avait entraîné une intervention sanglante à Beaujon dans le service du Docteur Bazy. Ces luxations étaient dûes à un volumineux épanchement qui s'était constitué dans l'articulation. Il persiste encore.

Il y a dix-huit mois, la malade s'étant baissée pour ramasser un objet ressentit de la gêne pour se relever et constata que le genou droit était à son tour atteint. Peu à peu, il se tuméfiait comme le gauche. La malade n'éprouvait d'ailleurs pas de douleurs vives, mais simplement de la difficulté à marcher. Tous les traitements suivis depuis cette époque ayant échoué, elle vient consulter à Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires.

Le père est mort à 45 ans des suites d'une maladie de cœur. La mère meurt jeune aussi d'une « embolie ».

Antécédents collatéraux.

Une sœur aînée qui a eu dans l'enfance le nez et la gorge malade et aurait été opérée à cette occasion. Elle a été soignée longtemps pour une kératite. A l'occasion d'une pneumonie, on lui aurait trouvé un souffle aortique. Nous nous sommes assurés qu'elle ne présente pas de lésion organique du cœur.

Antécédents personnels.

Mlle B... ne se souvient pas d'avoir eu de maladies en dehors des fièvres éruptives communes à l'enfance. Elle a été réglée normalement à 13 ans; ses règles ont été régulières depuis. Elle se plaint seulement de mal digérer et raconte qu'il y a six ans elle a présenté de fréquentes crises d'urticaire. Ces crises ont persisté quatre ans. L'horaire, les caractères de l'éruption dont nous parle Mlle B... sont bien le fait de l'urticaire et non d'une autre dermatose.

En dehors des deux atteintes de genoux survenues à quinze ans d'intervalle, la malade nous signale qu'elle a ressenti l'hiver dernier et cette année encore des douleurs de moyenne intensité mais très tenaces, siégeant au coude droit, amenant une limitation des mouvements.

Examen objectif.

La malade est de taille moyenne, pèse 72 kilos. Son état général paraît excellent malgré les troubles dyspeptiques dont elle se plaint.

Le genou droit est globuleux. Méplats et saillies ont disparu. La peau est rosée, sans circulation collatérale. Elle n'est pas plus chaude que sur le reste du membre. La palpation est indolore et révèle un léger épaisissement de la synoviale à la limite du cul-de-sac sous-tricipital. Pas de points douloureux osseux. Le choc rotulien s'obtient aisément. Enfin les mouvements actifs et passifs sont indolores et d'amplitude normale. On ne peut toutefois obtenir l'extrême flexion. Il n'existe qu'une légère atrophie musculaire. Ceci ne saurait nous surprendre puisque la malade n'a jamais été immobilisée. Les têtes osseuses ne paraissent point modifiées à la palpation, ce que confirmera la radiographie.

Tous ces caractères sont ceux d'une hydarthrose du genou droit.

Le genou gauche présente les traces de l'intervention pratiquée il y a quinze ans sous forme d'une cicatrice linéaire verticale. Nous ne pouvons manquer d'être frappés par l'aspect difforme de cette articulation. Elle aussi est le siège d'une hydarthrose et ici la palpation permet de sentir une synoviale très nettement épaissie. Le cul-de-sac sous-quadricipital est visible à l'œil. Les mouvements sont ici aussi aisés.

Il n'y a de sensibilité et de limitation que dans la flexion extrême.

Ajoutons que ni à droite ni à gauche il n'existe de ganglions inguinaux ni rétrocruraux sauf quelques ganglions scléreux, banals dans cette région.

Recherche des stigmates.

Il n'y a pas de déformations du crâne ni des os du nez. Les tibias sont normaux. Mais on constate une axyphoïdie.

Pas de cicatrice sur les téguments. On constate seulement sur la face externe du genou gauche des éléments maculeux, de teinte rouge brun, squameux, nullement infiltrés. La malade nous dit que ces « dartres » datent de plusieurs années et sont très prurigineuses. Ces caractères malgré la forme circinée que revêtent certains éléments nous incitent à en faire de simples eczématides (Nous rappelons à cet égard l'urticaire ancien de la malade).

Les organes des sens sont indemnes. Nous ne pouvons trouver aucune cicatrice ni même un simple dépoli sur ses cornées. L'audition est normale, les oreilles n'ont jamais coulé. Aucune malformation dentaire. Pas de traces de ragades péribuccales. L'examen de l'appareil digestif nous révèle seulement un gros cæcum. Le foie n'est pas augmenté de volume. Les dimensions de la rate sont normales. On ne trouve pas de ganglions épitrochléens. Les amygdales sont fortement hypertrophiées.

G

Le système nerveux est indemne de toute lésion; réflexes patellaires et achilléens, réflexes photomoteurs normaux. Aucun trouble de l'équilibre.

Pas de troubles endocriniens cliniquement manifestes.

Mais lorsque nous passons à l'examen de l'appareil cardiovasculaire nous constatons qu'il existe à la pointe du cœur un souffle systolique assez doux, se propageant nettement dans l'aisselle. Ce souffle persiste lorsque la malade change de position. Nous le retrouvons toujours identique dans les examens successifs. C'est donc bien un souffle d'insuffisance mitrale organique. Il n'y a pas de frémissement cataire à la palpation.

Tensions normales.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

La malade ne présente aucun signe de gonococcie ni de tuberculose.

Examen radiographique (le 24 février 1930).

Le genou droit siège de l'hydarthrose la plus récente et vierge de toute intervention ne présente de face ou de profil aucune altération. Ni tache claire révélatrice d'une gomme, ni hyperostose enguînante. L'os est sain. La seule particularité consiste dans l'intervalle notable qui sépare la rotule des condyles. C'est là le fait de l'épanchement.

Le genou gauche au contraire est très altéré (mais il a été le siège d'une intervention). L'épreuve de profil montre

l'existence à la fois d'un processus destructif et d'un processus constructif. Des becs de perroquet se détachent de la rotule et des condyles fémoraux. La surface du plateau tibial est par contre érodée, mais il n'y a point trace de gommes dans les extrêmités articulaires. La synoviale est très visible, le cul-de-sac sous-quadricipital est comme injecté au suif.

Examens de laboratoire faits le 25 février 1930.

Le B. W. du sang est négatif H^8 H^8.

Le B. W. du liquide de ponction est moyennement positif (liquide de ponction du genou droit, le plus récemment atteint).

Formule leucocytaire :

Lymphocytes	84 %
Polynucléaires	4 %
Grands monos	12 %

Ajoutons qu'il existe de nombreuses cellules de desquamation et que le liquide de ponction était sanglant dans le premier tube, et un peu teinté dans le deuxième. L'examen a donc été sûrement faussé par la présence de ce sang dû à la piqûre d'un vaisseau.

La discordance entre le B. W. du sang du liquide de ponction ne saurait nous surprendre. C'est un phénomène similaire à celui observé dans la syphilis nerveuse ou le L. C. R. a une réaction positive alors que celle du sang est négative.

D'ailleurs, au cours du traitement antisyphilitique entrepris, le B. W. du sang est devenu partiellement positif.

Traitement.

La malade est mise au traitement par le novar. A la quatrième piqûre, elle fait une forte réaction qui dure quarante-huit heures. Fièvre, vomissements et gonflement bilatéral des deux genoux (véritable réaction d'Herxheimer). La malade a été depuis mise au Quinby. Le traitement continue encore.

OBSERVATION II

Docteur Fatou (*Inédite*)

Mme L..., âgée de 26 ans, vient consulter à Saint-Antoine pour des manifestations d'insuffisance cardiaque.

C'est l'interrogatoire qui nous apprend l'existence chez cette malade de manifestations articulaires, passées il est vrai mais dont la coexistence avec une atteinte oculaire et une atteinte cardiaque constitue une syndrome de la plus grande valeur.

La malade ne se souvient pas d'avoir eu de maladies graves dans son enfance. On ne trouve rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ni collatéraux.

C'est à l'âge de 16 ans qu'elle fut atteinte pour la première fois. Son genou droit, dit-elle, s'était mis sans cause apparente à enfler insensiblement et bien que les douleurs

fussent généralement tolérables elles gênaient tout de même la marche, car elle pliait difficilement le genou et avait de temps à autre des crises plus violentes. Au total, la patiente dut garder la chaise longue durant six mois. Elle put ensuite reprendre ses occupations, car dit-elle l'eau avait disparu de son genou insensiblement en même temps que les douleurs.

A 20 ans, un nouvel épisode fort grave celui-ci. En quatre jours se contitue une amaurose bilatérale accompagnée de violentes douleurs sus-orbitaires. La malade est soignée par le Docteur Morax qui pose le diagnostic de rétinite et institue un traitement d'acétylarsan, puis de Quinby (celui-ci est suspendu pour gingivite). Rechute en avril 1925. On refait alors une séri ed'acétylarsan suivie d'une cure de cyanure de mercure.

Ces accidents oculaires ont été attribués sans hésitation à une syphilis héréditaire par le Docteur Morax. Actuellement, la malade ne se plaint plus de ses yeux malgré une diminution de l'acuité visuelle, mais elle vient consulter parce qu'elle est essoufflée au moindre effort. Elle dit même avoir eu en se couchant des accès de toux quinteuse amenant aux lèvres une expectoration spumeuse qui avait l'odeur fade et le goût caractéristique du sang. C'est surtout au moment des époques que se produisent ces alertes.

A l'examen, nous nous trouvons en présence d'une femme légèrement cyanosée, présentant un léger œdème mal-

léolaire. Le foie déborde les fausses côtes. A l'auscultation des bases, on entend quelques râles de congestion passive.

L'auscultation du cœur, nous montre l'origine de cet état d'hyposystolie : il existe à la pointe un rythme mitral, roulement sourd à renforcement présystolique. On perçoit un frémissement cataire à la palpation. Ce sont là les caractères d'un rétrécissement mitral.

La malade vue tout récemment était avant tout une cardiaque en état de décompensation et a été traiée comme telle. Elle recevra par la suite le traitement spécifique nécessité par son hérédosyphilis.

OBSERVATION III

Docteur Fatou (*Inédite*)

(*Service du Professeur Carnot*)

Le jeune René C... est transporté à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu après une chute sur la voie publique (renversé de sa bicyclette par un taxi).

Le blessé est tombé sur le côté droit du corps. On pense à un épanchement du genou droit d'origine traumatique et la ponction ramène, en effet, 60 grammes de liquide hématique. Mais le Docteur Bergeret constate également un épanchement du genou gauche, absolument latent, et rapprochant ce fait des stigmates généraux présentés par le malade le fait passer en médecine, le soupçonnant d'hérédosyphilis.

Le jeune homme est âgé de 17 ans $\frac{1}{2}$, mais son habitus

extérieur est celui d'un garçon de 12 à 13 ans; il a l'aspect typique d'un infantile du type thyrotesticulaire à prédominance testiculaire. Membres très allongés par rapport au tronc et au volume facial. Aucun poil aux aisselles ni au pubis, aucun duvet sur le visage. Le corps thyroïde est de volume très réduit : c'est à peine si on le sent dans la position d'hyperextension de la tête. Verge et testicule sont en hypotrophie simple comme ceux d'un enfant. Signalons la forme spéciale du crâne avec deux bosses frontales très accentuées et légère circulation collatérale.

Les dents sont en très mauvais état, mais ne présentent pas d'anomalies. Pas d'inégalité pupillaire ni de modification des réflexes oculaires. Appendice xyphoïde normal.

Au cœur, un frémissement cataire à la palpation, un léger roulement diastolique avec éclat du deuxième bruit au foyer pulmonaire. La radioscopie confirme le rétrécissement mitral. En vue frontale, allongement de l'arc moyen, abaissement du point G, débord de l'oreillette droite; en position oblique, saillie de l'oreillette gauche.

L'épanchement des genoux est bilatéral. Le malade ne peut en préciser l'apparition. Il va et vient d'ailleurs sans douleur notable. Atrophie difficile à apprécier en raison de l'infantilisme, mais certainement très modérée.

Nous pratiquons le 24 avril une réaction de Wassermann du sang qui est négative : H^8 H^8 H^8. Simultanément,

nous prélevons par ponction le liquide d'hydarthrose du genou gauche sur lequel le traumatisme n'a pas porté.

Le liquide citrin légèrement filant est centrifugé immédiatement, avant toute coagulation.

La réaction de Wassermann de ce liquide est moyennement positive : H_4 H_6 H_7 contrastant avec celle du sang.

La cytologie après étalement du culot de centrifugation nous donne une polynucléose presque exclusive comme il est le plus fréquemment observé dans l'hérédo-syphilis articulaire.

La radiographie montre un défaut d'ossification des cartilages de conjugaison de l'épiphyse tibiale, mais il y a absence de toute lésion osseuse.

L'interrogatoire de l'enfant et du père que nous avons convoqué établit par ailleurs de fortes présomptions en faveur d'une syphilis familiale.

Né à terme, « étonné », quatre à cinq jours après la naissance il présente une éruption de plaques rouges de la dimension d'une pièce de deux francs qui se montrent aux jambes, puis aux fesses, aux reins, au tronc et gagnent la face (sur les joues), éruption tellement impressionnante que le père est taxé de syphilitique par la famille et convoque un médecin pour se disculper. On fait le diagnostic d'eczéma et pendant sept mois l'enfant prend un bain quotidien de sublimé à 1/1000. Il réussit à vivre tant bien que mal, plutôt mal que bien. La tête est couverte pendant un an d'une

énorme « croûte de lait ». A l'âge de deux ans, il était un petit squelette dont on attendait la mort. Il réussit à se remettre, ce qui lui permit de manifester encore une hernie étranglée pour laquelle on l'opéra à Trousseau. Une teigne en 1919 fut soignée à Saint-Louis. L'an dernier, il eut les oreillons. Bref, un véritable palmarès des infections auxquelles les hérédos sont si exposés.

A ces renseignements, le père ajoute que l'enfant avait été atteint d'incontinence d'urine jusqu'à 14 ans. Toutes les nuits son lit était mouillé au réveil. En outre, déjà tout petit, il présenta des troubles psychiques. Il avait la manie du vol et on dut l'interner dans une école de redressement où il était considéré comme « pervers instinctif intelligent ».

Antécédents héréditaires.

Mère morte accidentellement. Le père âgé de 45 ans, d'aspect lui-même anormal. Il a des membres trop longs pour sa taille et pèse 66 kil. pour 1 m. 84. Il déclare avoir eu lui-même un retard appréciable de son développement ainsi que ses deux frères. Signalons une fausse-couche entre le père (fils aîné) et son deuxième frère. Le père nie toute syphilis; il s'étonne même de ne pas l'avoir contractée ayant eu une douzaine de blennorragies. Les pupilles sont très inégales (O. G. > O. D.) irrégulières mais réagissant normalement à la lumière et à la distance. Fond d'œil normal. B. W. H^s H^s H^s.

Les tares accusées par cette génération nous ont engagé à remonter plus haut dans l'ascendance du malade. Nous avons ainsi appris que le grand-père paternel a présenté à 48 ans un anasarque subit qui révéla une néphrite latente. Il était atteint depuis l'âge de 45 ans d'un rhumatisme bilatéral des genoux avec hydarthrose intermittente.

Peut-être est-ce à cette génération qu'il faut voir l'origine de la syphilis familiale qui aurait causé le retard du développement du père de notre sujet et de ses frères et qui manifesterait encore son activité à la troisième génération.

Le jeune malade traité par des injections de sulfarsénol a fait comme le malade de l'observation I une véritable réaction d'Herxheimer.

Formes aiguës

Nous les citons pour mémoire. Les observations enciennes de Somma ainsi que celles de Schueller qu'on trouve mentionnées dans tous les travaux d'ensemble sont sujettes à caution. Elles concernent d'ailleurs des cas de syphilis héréditaire précoce. On n'en trouve pas de simulaires dans la littérature récente.

Le cas de Dupont et Peyre (1923) est très intéressant, car la résection articulaire pratiquée par erreur(on croyait à une arthrite gonococcique) montre une capsule épaissie avec fongosités synoviales, l'os étant parfaitement sain. L'inoculation au cobaye fut négative. Mais, malgré la sanction opératoire, l'évolution de ce cas en fait une forme suppurée subaiguë caractérisée par une synovite fongueuse avec liquide articulaire séro-purulent.

Dans l'observation de Dupont et Peyre, il faut surtout noter la bilatéralité successive de l'épanchement des deux genoux, la polynucléose du liquide articulaire.

Formes subaiguës

(*Rhumatisme polyarticulaire subaigu hérédo-syphilitique ou forme pseudo-rhumatismale*)

La syphilis secondaire peut engendrer des arthralgies. C'est même une manifestation très fréquente de cette période et Fournier a décrit le pseudo-rhumatisme subaigu de la syphilis acquise. Mais il faut arriver à ces toutes dernières années pour voir signaler de telles manifestations dans la syphilis héréditaire. Il s'agit vraisemblablement d'un réveil de virulence qui produit après des années de silence une crise parfois aiguë, le plus souvent subaiguë de rhumatisme polyarticulaire.

Cette forme de polyarthrite hérédo-syphilitique a été décrite par le Professeur Gilbert et ses collaborateur Bénard et Fatou (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 14 décembre 1923). Elle a fait depuis l'objet d'une étude de Rongier (*Thèse de Paris*, 1924).

C'est un rhumatisme subaigu, évoluant par poussées et frappant tout comme la maladie de Bouillaud les grosses articulations : genoux, tibio-tarsiennes, poignets, coudes. Ce rhu-

matisme est très polymorphe, allant de l'arthralgie (à prédominance nocturne ou matinale) présentant le phénomène au dérouillement si commun dans le rhumatisme gonococcique. Parfois, l'article est nettement enflammé, parfois même il y a constitution d'épanchements.

Les phénomènes généraux sont peu marqués, la fièvre ne dépassant pas 38°.

Comme caractères spéciaux, il faut noter la tendance à la symétrie des lésions, et l'évolution vers la chronicité.

Et alors tandis qu'au genou l'évolution se fait vers la chronicité de l'hydarthrose qui perd ses caractères inflammatoires, au coude, on note comme reliquat persistant une ankylose partielle.

Souvent enfin, on note l'apparition concomittente ou ultérieure d'une kératite interstitielle qui vient signer la nature de l'affection.

Dans le liquide articulaire, la réaction de Wassermann est positive, même si elle est négative dans le sang (il y a là un parallelisme frappant avec le L. C. R. dans la syphilis nerveuse).

La formule cytologique des cas subaigus est une polynucléose à polynucléaires intacts, même après la phase de début.

OBSERVATION IV

(Résumée)

(GILBERT, BÉNARD et FATOU. *Soc. Méd. des Hôp.*, déc. 1923)

Jeune homme de dix-neuf ans, atteint de rhumatisme polyarticulaire subaigu fébrile (38°), expression clinique polymorphe : arthralgies, fluxions articulaires fugaces, hydarthrose bilatérale des genoux, arthrite ankylosante du coude, le tout accompagné de lésions oculaires (kératite double successive) et périostées (périostites du tiers inférieur des deux tibias).

Stigmates. Ecartement des incisives inférieures, acromégalie légère.

Chez ce sujet le B. W. du sang a été positif. Le liquide articulaire, sept mois après le début de l'hydarthrose, avait aussi un B. W. positif total et la cytologie était la suivante :

Polynucléaires intacts	84
Cellules desquamées	15
Lymphocytes	1

Inoculation au cobaye négative.

Pas de lésions osseuses à la radio ni cliniquement. Guérison par traitement intensif et prolongé.

OBSERVATION V

(LOUSTE, FATOU, ROUGIER, *in thèse Rougier*, page 39)

Jeune homme de 21 ans, hospitalisé en chirurgie pour

hydarthrose traumatique (accident du travail). En réalité, hydarthrose bilatérale avec fluxion des poignets, état fébrile à 38°, Wassermann négatif dans le sang, positif après réactivation.

La ponction du genou, quarante-cinq jours après le début a donné du liquide articulaire positif au maximum.

Cytologie :

Polynucléaires intacts 92

Moyens monos et cellules desquamées ... 8

Pas de lésions osseuses à la radio.

Stigmates nets :

Tibia droit type Lannelongue ;

Microdontisme des incisives inférieures ;

Hermiatrophie faciale droite.

Guérison par le traitement.

OBSERVATION VI

CAUSSADE et FATOU (*in thèse Rougier*, page 32)

Femme de 31 ans, couturière, hydarthrose double, forme douloureuse, ankylosante, avec atrophie musculaire très marquée.

Kératite dans l'enfance.

Wassermann du sang négatif.

Première ponction du genou, quatre mois après le début : Wassermann positif total.

Cytologie :

Polynucléaires nombreux ;

Pas de lymphocytes.

Deuxième ponction, dix mois après le début :

Polynucléaires intacts 72

Cellules endothéliales 8

Lymphocytes 6

Moyens mononucléaires 14

Inoculation au cobaye négative.

OBSERVATION VII

BROCA (*Presse Médicale*, 2 novembre 1921)

Jeune soldat, arthrite des deux genoux, des deux tibio-tarsiennes. Forme douloureuse, avec fortes fluxions. Phénomènes généraux marqués. Température à 40°, à l'entrée, puis oscillant entre 38° et 39°. Echec du traitement par le salicylate. Wassermann du sang positif. Guérison par le traitement mixte : iodure et mercure.

OBSERVATION VIII

LESCZYNSKI. *Polyarthropathia in heredoluetica*

(*Lemberg Derm. Gesell*, 5 janvier 1927)

Jeune fille de dix-huit ans, malade depuis dix-huit mois. Les deux coudes sont pris ainsi que les poignets, les tibio-

tarsiennes et le genou gauche. Enflure et douleur. Anomalies dentaires frappantes. Réaction de Wassermann négative. Meinicke positif, Luetine positive, Pirquet négatif. Après le commencement du traitement spécifique, la patiente confinée au lit depuis des mois peut se lever le vingt-quatrième jour et faire ses premiers pas.

La radiographie permet d'affirmer l'intégrité des os et des surfaces articulaires. Le processus pathologique se limite à la capsule articulaire.

OBSERVATION IX

(*Résumée*)

ORTIGAO SAMPAIO. *Un cas de rhumatisme généralisé syphilitique avec quelques observations cliniques* («*Brazil Médico* », 1923, pages 227-231).

Malade de dix-huit ans. Polyléthalité infantile collatérale. Douleurs articulaires osseuses, céphalée. Articulations tuméfiées. Elévation vespérale et nocturne de la température. Pouls : 142. Adénopathie. Albuminurie. Inégalité pupillaire avec reflexe photomoteur normal. Par la suite, épanchement pleural. Strabisme convergent congénital. Après avoir tout d'abord posé le diagnostic de la polyarthrite infectieuse, l'auteur penche pour la syphilis héréditaire, hypothèse confirmée par le traitement.

OBSERVATION X

(Résumée)

STERNA. *Sopra un caso di pseudoreumatismo subacuto nell' eredolue tardiva* (*Il Policlinico*, 17 juin 1929, p. 853).

Fille de 16 ans.

Parents syphilitiques traités. Deux frères bien portants. La patiente âgée de 16 ans, n'a jamais eu de manifestations spécifiques.

L'affection remonte à quatre mois : hydarthrose des deux genoux avec fièvre à 38°5. Considérée comme rhumatismale et traitée comme telle. Amélioration et rechute avec fièvre et douleurs aux coudes.

Examen objectif le 4 avril 1929. Anémie, pas de stigmates.

Genou droit semi-fléchi tuméfié, de couleur normale, un peu chaud. Œdème des parties molles empêchant de palper les têtes articulaires. Choc rotulien. Douleur modérée à la pression. Genou gauche tuméfié, mais ne donnant pas le choc. Traitement salicylé continué à titre d'épreuve. Régression de l'épanchement. On peut palper l'extrêmité inférieure du fémur augmentée de volume. Fièvre à 38°. Les lésions osseuses qui se voient aussi sur l'humérus dilaté en fuseau font penser à la syphilis.

Le Wassermann est positif. Les radios du fémur droit et du coude gauche montrent l'atteinte osseuse. Le diagnostic

étant confirmé S. fait du bismuth. Au début de la deuxième semaine de cure se déclare une ostéopériostite typique de la région frontale gauche. Continuation des injections avec adjonction de sirop de Gibert par la bouche.

Le 28 avril, la patiente est apyréfique, toutes les lésions sont en régression, l'état général s'améliore rapidement. Actuellement, trois mois, la patiente est complètement remise et les tuméfactions ostéopériostées ne sont plus appréciables. La cure hydrargyrique est continuée.

A ces observations, nous joindrons celles publiées par le Professur Monnier, de Nantes. Malgré le titre qu'il donne à sa leçon clinique, il nous semble, en effet, légitime de faire rentrer ces deux cas dans le chapitre des formes subaiguës. La première surtout est un exemple remarquable de polyarthrite subaiguë.

OBSERVATIONS XI & XII

MONNIER. *A propos de deux cas d'hérédo-syphilis articulaire; les hydarthroses et les rhumatismes chroniques déformants, d'origine hérédo-syphilitique* (*Clinique in Gazette Médicale de Nantes*, 1er novembre 1925).

I. — Jeune homme de 19 ans, garçon de ferme, entre à l'Hôtel-Dieu le 30 janvier 1925, pour des douleurs des deux genoux, douleurs datant d'une quinzaine de jours. Il fut, en effet, aisé dès le premier examen de constater un

gonflement notable des deux articulations fémorotibiales et de la tibiotarsienne gauche. Celles-là étaient le siège de douleurs spontanées « violentes », rendant la marche impossible et à paroxysmes nocturnes empêchant le sommeil.

La palpation des genoux donnait très nettement la sensation du choc rotulien. Aucun trouble viscéral ne peut être mis en évidence. Pas trace d'uréthrite. Le malade ne peut fournir aucun renseignement héréditaire étant pupille de l'Assistance Publique. Le seul antécédent personnel est une kératite bilatérale nettement marquée encore et remontant à novembre 1924. Cet important signe clinique caractérisé par l'association de kératite et de double hydarthrose des genoux m'amena à soupçonner la syphilis. Et de fait, réactions de Bordet Wassermann, Hecht et Jacobsthal furent positives.

Immédiatement fut institué le traitement spécifique (3 injections de Rubyl par semaine et absorption de 5 comprimés de Tréparsol chaque jour pendant quatre jours par semaine). Cette thérapeutique n'eut d'autre action qu'une légère diminution du volume des genoux. Elle n'améliora ni les douleurs articulaires, ni la kératite, ni la fièvre qui dès le début de l'hospitalisation et dans la suite continue d'osciller entre 37°5 et 38°.

En mars, ankylose partielle du coude droit sans douleurs à ce niveau, ankylose également partielle du coude gauche avec douleurs.

Le traitement par le Rubyl et le Tréparsol n'ayant donné

aucun résultat appréciable malgré sa continuation systématique pendant les mois de février, mars et avril, je résolus d'employer les arsénicaux. Le 8 mai, on commença des injections intraveineuses de Rhodarsan; elles furent suivies d'une amélioration rapide et progressive; atténuation de la double kératite aujourd'hui presque entièrement guérie, disparition des hydarthroses des genoux et des douleurs; la marche impossible jusqu'en mai est redevenue à peu près normale; plus de fièvre et état général excellent; seules demeurent les ankyloses incomplètes des deux coudes.

II. — Jeune fille de 17 ans, domestique, hospitalisée le 2 juin dans une salle de chirurgie. Elle nous fut envoyée le 8 du même mois pour hydarthrose bilatérale des genoux. Cet état remontait à trois mois environ et aurait débuté par des fourmillements du genou gauche suivis bientôt de son gonflement progressif, mais sans douleurs spontanées ou provoquées. Il y a un mois, atteinte du genou droit avec même évolution qu'à gauche. Puis, fièvre très légère : 37°4 à 37°6 avec sueurs, céphalée et amaigrissement, en un mot syndrome rappelant l'imprégnation bacillaire et qui sans doute fit admettre à ce moment-là l'hypothèse d'arthrite tuberculeuse : on s'explique ainsi l'envoi de la malade dans une salle de chirurgie. Là un examen complet et plus prolongé, en particulier la révélation d'un B. W. positif permirent de substituer au diagnostic de bacillose celui de syphilis.

Vous vous rappelez l'aspect de cette jeune fille à son arrivée dans la salle ; elle était amaigrie et avait un teint anémique. En la découvrant, on était immédiatement frappé par une double hydarthrose fémoro-tibiale plus considérable à droite. Choc rotulien des deux côtés et masses musculaires précipitales nettement atrophiées. Aucun trouble apparent des viscères à part une légère albuminurie : 0 gr. 25 par litre. Pas la moindre leucorrhée ni signe d'uréthrite. Les règles abondantes et irrégulières avant les atteintes articulaires avaient totalement disparu. Les commémoratifs établissaient qu'en août 1924 était survenue une kératite de l'œil gauche qu'avait guérie une série d'injections intramusculaires d'un médicament qui était vraisemblablement un antisyphilitique...

Traitement par le Rubyl dont les résultats ne peuvent encore se montrer lors de la publication de cette observation.

Les formes chroniques des arthropathies de l'Heredo-syphilis tardive

Les formes chroniques de l'hérédo-syphilis articulaire tardive sont à diviser en deux classes suivant qu'il existe un épanchement ou qu'on a une arthrite sèche.

A. — FORMES AVEC ÉPANCHEMENT

Parmi ces formes, il y aura encore lieu de distinguer des variétés articulaires pures et des formes ostéoarticulaires.

Les unes et les autres sont connues depuis longtemps, au contraire des formes qui nous ont occupé jusqu'ici. Quelques points nous semblent cependant mériter une révision.

I. Formes articulaires pures

Le type en est classique, c'est l'hydarthrose chronique bilatérale, primitive des genoux décrite par Clutton. Clutton avait déjà remarqué que souvent une kératite s'associait à cette hydarthrose. La donnée a été confirmée par tous les auteurs depuis lors et Cantonnet, en particulier, a attiré l'attention sur cette hydarthrose qu'il considère comme un si

bon signe d'hérédo-syphilis articulaire qu'il a proposé de substituer à la classique triade d'Hutchinson une tétrade dont l'hydarthrose du type Clutton serait le quatrième élément.

Le type Clutton est essentiellement caractérisé par la bilatéralité, l'insidiosité au début, la chronicité et l'indolence de son évolution, l'absence des lésions osseuses. De plus, cette hydarthrose est favorablement influencée par le traitement antispécifique.

Chose remarquable, cette forme qui est de beaucoup la plus fréquente des arthropathies de l'hérédo-syphilis a été considérée par les classiques, Fournier entre autres, comme une réaction articulaire secondaire à des lésions osseuses discrètes, comme le premier stade de la forme ostéosynoviale, de la pseudo-tumeur blanche syphilitique. Elle n'avait pas d'autonomie.

Cette hydarthrose, nous l'avons dit, a un début insidieux et l'impotence est très minime à cause de l'indolence. Par suite de l'activité conservée par le malade, l'amyotrophie est minime comparée à celle de la tuberculose.

A ces signes classiques du type Clutton, nous proposons d'en adjoindre un autre :

« La bilatéralité n'est pas forcément simultanée. Il est des cas où la prise du second genou se fait à un intervalle qui peut compter des années. »

Notre malade de l'observation I nous semble illustrer de façon remarquable cette proposition. L'atteinte du genou

gauche s'est faite à quinze ans et celle du genou droit à trente-deux ans. Et ces hydarthroses présentent tout à fait la symptomatologie exigée par Clutton : insidieuses, chroniques, indolentes, sans lésions osseuses. Seule, la bilatéralité au lieu d'être simultanée est successive.

Nous ferons de plus remarquer que lintervention subie à quinze ans par notre malade fut uniquement commandée par un trouble mécanique.

Quant à l'intégrité osseuse la démonstration en est donnée de façon éclatante par la radiographie des deux genoux de notre malade. L'examen le plus minutieux du genou vierge de toute intervention ne montre pas trace d'altération osseuse. On a une forme synoviale pure. Lautre genou au contraire montre des modifications de l'os et du cartilage comme si la main du chirurgien était venue imprimer une nouvelle direction à un processus qui était exclusivement séreux à l'origine.

Nous analyserons dans un chapitre spécial les conclusions qu'il faut tirer de l'examen du liquide de ponction dans le cas de notre malade.

Voici quelques observations récentes et très caractéristiques d'hydarthroses du type Clutton.

OBSERVATION XIII

FATOU & FAVORY (*in Gazette des Hôpitaux*, 9 déc. 1925)

Garçon de treize ans, kératite double, hydarthrose bila-

térale indolente, ni impotence, ni atrophie appréciables.

Stigmates : front olympien, palais ogival, arriéré.

Wassermann du sang positif total vérifié par toutes les techniques connues (Gastou).

Ponction du genou quinze jours après le début : Wassermann du liquide articulaire positif total.

Cytologie :

Polynucléaires	78
Monos	5
Lymphos	5
Cellules desquamées	12

Guérison par le traitement.

OBSERVATION XIV

DEROCQUE (*Soc. de Médecine de Rouen*, 9 décembre 1929) *Hydarthrose bilatérale du genou, d'origine hérédospécifique*

Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, polonaise, qui est entrée dans mon service le 24 juin 1929. La malade étant dans son lit, les membres inférieurs étendus, les rotules semblent coiffées d'une tumeur volumineuse. En regardant de près, on voit qu'il s'agit d'une hydarthrose de volume anormal, puisque la circonférence du genou de cette jeune fille de petite taille, mesure 0 m. 38 à gauche et 0 m. 41 à droite.

Le cul-de-sac sous-tricipital, remonte à cinq travers de

doigts au-dessus du bord supérieur de la rotule. Lorsque le genou est plié, la tuméfaction semble s'élever, le liquide se déplaçant surtout vers la région condylienne et la région sus-condylienne interne.

Mouvements de flexion et d'extension normaux, peu de mouvements de latéralité. Quelques rares et légers craquements.

La bilatéralité et l'énormité de ces hydarthroses me fit penser à une lésion de « nature constitutionnelle » comme on aurait dit autrefois.

Il existait une ensellure du nez, un prognathisme léger, la voûte palatine un peu ogivale.

Rien à noter d'autre part. Les renseignements familiaux sont nuls.

L'examen du sang fait par le Docteur Payenneville le 26 juin donne comme résultat :

Bordet Wassermann : + + +.

Vernes : 59.

L'examen du liquide retiré par ponction évacuatrice le 3 juillet :

Liquide citrin sirupeux.

Bordet Wassemann : + + +.

Vernes : 23.

L'examen cytologique pratiqué par M. Guerbet :

Lymphocytose ;

Aucun microbe.

L'examen de l'œil pratiqué par le Docteur Buisson a été négatif.

Du 4 juillet au 11 juillet : Hg. Cy. 0,01 quotidiennement, puis injections intramusculaires d'acétylarsan, trois hebdomadaires jusqu'au 5 août.

Arrêt du 5 au 28 et reprise du traitement en septembre, d'abord tous les deux, puis tous les trois jours. A la fin de septembre, la circonférence des genoux était de 0 m. 35 des deux côtés. Il existait encore un peu de liquide dans les synoviales, mais celles-ci donnaient la sensation de poches dégonflées. Les mouvements de l'article sont normaux. La malade a quitté le service le 15 octobre complètement guérie.

L'observation suivante est très intéressante. Nous sommes persuadés que si le traitement n'était pas intervenu, il y aurait eu une deuxième hydarthrose. Il est même fort possible que cette enfant de cinq ans l'ait faite depuis lors.

OBSERVATION XV

Dupérié & Guénard

(*J. de Médecine de Bordeaux,* 25 août 1920, page 442)

Hydarthrose et kératite interstitielle
dans une hérédo-syphilis tardive

Une fillette de cinq ans présente une kératite interstitielle (œil gauche) et une hydarthrose récente du genou gauche. La ponction articulaire ramène 10 cc. de liquide citrin,

filant, légèrement trouble, riche en polynucléaires neutrophiles, sans microbes.

A la naissance de l'enfant, la mère était en pleine éruption spécifique secondaire; un frère est mort en bas âge de manifestations spécifiques. La petite malade ne présente pas de surdité, les dents de la seconde dentition ne sont pas sorties, les dents de lait sont très altérées.

La réaction de B. W. est positive dans le sang et dans le liquide articulaire.

A la 6e injection intramusculaire d'un centigramme de biiodure de Hg., le genou est redevenu normal, les lésions oculaires sont très améliorées.

Cas intéressant par la localisation purement synoviale de l'inflammation (la radio ne révèle aucune altération des extrêmités osseuses ni des cartilages) et par l'action très rapide du traitement mercuriel.

Une observation des mêmes auteurs est aussi très intéressante en raison des examens complets pratiqués.

OBSERVATION XVI

Dupérié, Cadenaule & Yen

(*Soc. Anat. Clin.*, Bordeaux, mars 1924)

Hydarthrose bilatérale des genoux et réaction de Hecht

Une fillette de 9 ans $\frac{1}{2}$ soignée depuis longtemps pour adénopathie trachéo-bronchique (cuti-réaction à la tubercu-

ine négative) fait à la suite d'un bain froid de rivière une hydarthrose bilatérale à allure subaiguë, sans fièvre, sans douleur vive, sans autre symptôme qu'une augmentation très notable du volume de deux articles (28 et 30 cm.) et un choc rotulien très net.

L'enfant est indemne de tout stigmate et de tout antécédent personnel et familial de syphilis. Cependant, l'évolution torpide de cette hydarthrose bilatérale fait soupçonner la spécificité : la réaction de Hecht est douteuse ou positive très faible (+ + —) avec le sérum sanguin qui donne une réaction de Besredka négative.

La ponction d'un des deux genoux fournit un liquide citrin, filant, dont la formule cytologique est une polynucléose modérée avec cellules endothéliales. La réaction de Hecht avec ce liquide d'hydarthrose est positive forte (+ + + +).

Le traitement bismuthique est mis en œuvre et cette enfant reçoit en tout dix injections intramusculaire, dix centimètres cubes de Quinby.

Quatre jours après la dernière injection une nouvelle réaction de Hecht avec le sérum sanguin de la malade est positive forte (+ + + +).

Après trois mois de traitement, d'abord par le bismuth (interrompu à cause d'une stomatite), puis par le sirop de Gibert à haute dose, la réaction de Hecht devient négative dans le sang, mais l'amélioration de l'état des genoux est

lente et peu manifeste (circonférence des deux genoux : 27 cm.).

Mentionnons brièvement comme manifestation du type Clutton les cas suivants :

OBSERVATION XVII

KRÜGER. *Synovitis hérédoluetica genus utriusque* (*Wien. Derm. Gesellschaft,* 26 janvier 1922)

Jeune fille de 20 ans, présentant depuis deux ans une hydarthrose bilatérale. Kératite. Cicatrices des lèvres. B. W. positif dans le liquide de ponction et dans le sang.

OBSERVATION XVIII

MARIGONDA. *Considerazione su un caso di idartrosi eredoluetica* (*Arch. ital. di dermato sifil et venereol,* année 1926, page 602).

Il s'agit d'une hérédo-syphilitique avec Wassermann positif qui malgré un traitement régulièrement poursuivi présente une forme typique d'hydarthrose hérédo-syphilitique.

OBSERVATION XIX

PEARSON, MAC AULEY, HENRY (*Roy. Acad. of Méd. Sect. of surgery,* Dublin, 7, XII, 1928. *in British Méd. Journal,* 1929, page 19).

Il s'agit de types Clutton manifestes ; l'un d'eux présente comme le nôtre la bilatéralité successive.

OBSERVATION XX

RŒDERER et LIX. *R. dermato. de Strasbourg in Bul. Soc. fr. Dermato et Syphil.*, 1923, *Sup. R. S.*, page 2.

Il s'agit d'une hérédo de seize ans qui présente un type Clutton avec association de kératite.

OBSERVATION XXI

ROSTENBERG. *Chronic hydarthrosis due to congénital syphilis* (*Arch. of dermatol. a. syphil.*, 1925, page 863).

Mère présentant une ostéite syphilitique. Le malade âgé de huit ans, souffre depuis un an des deux genoux : fort épanchement avec choc rotulien. Ni douleur, ni gêne des mouvements.

La radiographie ne montre aucune destruction osseuse. Wassermann + + + +. Le traitement spécifique donne des résultats médiocres.

OBSERVATION XXII

WERTHER. *Lues congenita. Gonitis bilateralis* (*Verein Dresdner Dermatologen und Urologen*, 7 novembre 1923).

L'auteur rapporte deux cas d'hydarthrose hérédo-spécifique bilatérale chez des enfants de six à huit ans présentant des stigmates très nets. On avait une fois cru à de la tuberculose.

OBSERVATION XXIII

COUTELA. *XI^e Congrès de Médecine légale de langue française de* 1926. *Presse Médicale,* 10 juillet 1926.

Enfant de douze ans qui, après une chute sur le genou a une plaie superficielle prérotulienne. Puis, survient une hydarthrose persistante. Trois mois après se déclare une kératite. Coutela insiste sur l'intérêt médico-légal de cette hydarthrose.

II. — Forme ostéosynoviale (Pseudotumeur blanche)

Cette forme est connue depuis longtemps. Les classiques l'ont étudiée très complètement et Fouquet en particulier s'étend longuement sur elle dans son Traité de la Syphilis articulaire où il donne un tableau de diagnostic différentiel avec la tumeur blanche tuberculeuse.

C'est l'Ecole de Berck qui les a le plus étudiées depuis. Ménard, Mozer sont à plusieurs reprises revenus sur ce sujet. Chenet a lui aussi fait une thèse à Berck sur ces formes pseudotuberculeuses. Montant a étudié les « Formes associées de tuberculose et de syphilis ostéoarticulaire ».

Les chirurgiens d'enfants voient, en effet, très souvent de jeunes malades atteints de ces formes ostéosynoviales prises pour des tumeurs blanches. Lance et Huc (*Journal Médical Français,* 1927, page 442) prétendent qu'il se présente

un ou deux cas d'hérédo-syphilis articulaire par semaine à la consultation des Enfants Malades.

Pour ces auteurs, le diagnostic est très difficile, car l'hérédo-syphilis de la deuxième enfance est très discrète, se cantonnant surtout dans le système osseux ou articulaire.

La similitude des symptômes, avec la tuberculose disent-ils, est déconcertante. Il s'agit de nuances. « L'épreuve thérapeutique et l'évolution dévoilent le mystère de la nature de ces lésions. »

Pour la question de l'association des deux maladies, Lance et Huc estiment que la solution de ce « délicat problème » n'est pas trouvée.

Comme Ménard, ils conseillent la radiographie systématique de tout le squelette qui permet de dépister les localisations révélatrices (tibia, humérus, clavicule, gomme du frontal ou du pariétal).

Nous ajouterons que le Wassermann devra être fait systématiquement dans cette forme comme dans les autres ainsi que l'étude cytologique du liquide de ponction.

Miginiac et Cadenat ont publié dans la *Revue dOrthopédie* (mars 1922, page 105) un cas d' « ostéoarthropathie syphilitique héréditaire tardive de l'épaule », localisation très rare où la ponction leur a donné un liquide présentant à la fois un Wassermann positif et une polynucléose de 96 %.

Nous n'étudierons pas davantage cette forme malgré son

intérêt pratique parce qu'elle est vraiment bien connue à l'heure actuelle des pédiâtres qu'elle intéresse surtout.

B. — ARTHRITES SÈCHES CHRONIQUES

L'arthrite chronique sèche sous sa forme ankylosante est très fréquente. L'ankylose frappe de façon élective le coude. C'est un reliquat de forme subaiguë surtout. Le malade de l'observation II en présente un exemple. Le malade de l'observation IX conserve après traitement une ankylose partielle des deux coudes.

Elle a été très fréquemment constatée au Maroc par Lacapère et Laurent.

Une forme d'arthrite sèche a été bien décrite dans ces dernières années par M. Dufour, c'est le rhumatisme chronique déformant hérédo-syphilitique primitif d'emblée (*Thèse de Madame Geismar*). Cette forme offre un très grand intérêt doctrinal puisqu'elle diminue le champ du rhumatisme chronique déformant essentiel. Le facteur infectieux apparaît ici très nettement.

Les caractères distinctifs de ce rhumatisme sont les suivants :

a) Déformations articulaires et paraarticulaires prenant toujours les extrêmités des membres;

b) Atrophies musculaires;

c) Poussées d'hydarthroses et de gonflement synovial;

d) Douleurs arthralgiques;

e) Echec des divers traitements institués.

Cette étiologie hérédo-syphilitique du rhumatisme déformant jette une vive lumière sur le rhumatisme déformant infantile si surprenant à première vue. Nous donnons une observation du Professeur Nobécourt particulièrement suggestive.

OBSERVATION XXIV

NOBÉCOURT. *Polyarthrite déformante hérédo-syphilitique* (*Revue Médicale Suisse Romande*, 1926, page 144)

J'ai observé pendant ces derniers mois une fille de 15 ans, atteinte de cette affection que j'ai présentée dans ma leçon du 28 novembre. L'affection a débuté vers onze ans par le genou droit, puis a intéressé successivement l'autre genou et les articulations tibiotarsiennes; elle a évolué par poussées subaiguës, séparées par des rémissions plus ou moins longues. A partir de 14 ans, les arfficulations des mains et des pieds ont été frappées à leur tour.

Quand l'enfant entre à l'hôpital le 16 juillet 1925 elle n'a pas de fièvre. Elle est grande et maigre. Les arthropathies sont bilatérales et symétriques. Les coudes, les poignets, le genou gauche, les cous de pied, les articulations des mains sont tuméfiés et douloureux; aux mains, la tuméfaction est surtout marquée au niveau des articulations phalango-phalan-

giennes. Les muscles avoisinant les articulations malades sont atrophiés. Il existe des adénopathies axillaires, sus-claviculaires inguinales et à chaque bras un gros ganglion sus-épitrochléen. Le développement pubertaire est régulier. L'enfant a été réglée à 14 ans et 5 mois, puis à deux reprises, mais depuis elle a de l'aménorrhée. L'examen des dents, des viscères, du système nerveux, des organes des sens ne révèle rien, sauf une légère hépatomégalie. Le liquide céphalorachidien est normal. Il n'existe aucun symptôme attribuable à un trouble des fonctions thyroïdiennes. Le métabolisme basal est normal : 40, soit 8 % au-dessus de la moyenne.

Sur les radiographies des mains et des poignets, on fait les constatations suivantes : les os du carpe ont des contours flous et les espaces interosseux sont réduits, les métacarpiens et les phalanges ne sont pas déformés ; au niveau des extrémités inférieures du cubitus et du radius, des extrémités des métacarpiens et des phalanges, les cartilages de conjugaison sont très réduits ou déjà ossifiés, ce qui est prématuré pour l'âge de la malade.

Le diagnostic de la polyarthrite chronique déformante s'impose. Comme cause on ne trouve ni maladie de Bouillaud, ni infection pharyngée, ni vulgovaginite à gonocoques, ni aucune infection appréciable, ni hypothyroïdie. Le B. W. est positif (H_5 avec le sang, négatif (H_8) avec le L. C. R. Aussi l'origine syphilitique paraît-elle très probable.

Nous pratiquons des injections de sulfar : du 24 juillet

au 2 septembre, l'enfant reçoit une dose totale de 2 gr. 22. L'état général s'améliore. Les arthropathies régressent, puis disparaissent. Actuellement, les articulations sont normales, le B. W. est devenu douteux (H_6).

Ce rhumatisme déformant hérédo-syphilitique peut se voir aussi à un âge très avancé, à la ménopause, en particulier, ainsi qu'en témoignent les deux observations suivantes.

OBSERVATIONS XXV & XXVI

HARVIER et DECOURT. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 30 nov. 1923 . *Rhumatisme chronique déformant chez deux femmes hérédo-syphilitiques.*

OBS. I. — Mme B..., âgée de cinquante et un ans est une hérédo-syphilitique, bien que la réaction de Bordet-Wassermann soit négative. Les os du nez sont effondrés; l'oreille droite a été détruite en partie par des processus ulcéreux... On note encore des taies de la cornée, du strabisme de l'œil droit, des secousses nystagniformes bilatérales dans le regard latéral gauche. Les incisives supérieures sont striées transversalement. Il existe une rhinite atrophique avec ogène. Elle a eu deux grossesses, terminées l'une par une fausse-couche de quatre mois, l'autre par un accouchement prématuré à sept mois (fœtus mort). Deux enfants sont nés à terme et sont morts en bas-âge; une seule fille âgée de vingt-cinq ans est actuellement vivante.

On constate chez cette femme des lésions de rhumatisme chronique déformant localisées aux mains et aux pieds. La main gauche est légèrement déviée vers le bord cubital. Des deux côtés, les phalanges sont en extension sur les métacarpiens, les phalangines sont en flexion sur les phalanges, les phalangettes sont fléchies sur les phalangines.

Les articulations des 1re et 2e phalanges et celles des 2e et 3e sont augmentées de volume et déformées, par suite de l'hypertrophie des épiphyses. Par contre, les articulations métacarpophalangiennes sont indemnes.

Le pouce droit semble amputé d'une partie de sa 1re phalange, mais présente cependant un ongle rudimentaire (cette déformation daterait de l'enfance). Le pouce gauche est comme soufflé au niveau de l'articulation interphalangienne complètement ankylosée. Le dos de la main est légèrement excavé et dans la paume s'ébauchent des rétractions tendineuses.

Malgré ces déformations, tous les mouvements articulaires (sauf ceux de la 3e sur la 2e phalange) sont possibles, faciles et absolument indolores. Seule l'extension complète des articulations phalango-phalangiennes est impossible. Sur les radiographies, on constate la présence d'hyperostoses épiphysaires au niveau du pouce et de l'index. Une exostose volumineuse coiffe la partie interne de la tête de la première phalange du pouce ; du côté gauche, la deuxième phalange du

pouce droit est en partie détruite et paraît abrasée au-dessus de sa base.

Les articulations radiocarpiennes sont également intéressées. Les poignets sont déformés, transversalement élargis par l'hypertrophie des épiphyses radiale et cubitale surtout de la styloïde cubitale, qui est saillante et exubérante et un peu douloureuse à une pression forte. L'ankylose est presque complète. Au point de vue radiologique, on note : 1° un effacement partiel des interlignes articulaires; 2° des productions osseuses exubérantes des épiphyses radiales et cubitales. Le bord externe de l'extrêmité inférieure du cubitus droit en particulier, présente une épine osseuse qui vient au contact de l'épiphyse radiale; 3° des taches claires de décalcification disséminées sur les différents os du carpe et sur les deux épiphyses inférieures de l'avant-bras.

Les pieds sont très déformés, surtout le droit. Ils sont lassés, raccourcis et rappellent un peu le pied cubique tabétique. Hallux valgus bilatéral très accentué, orteils en hypertension. Tous les mouvements actifs, sauf ceux des dernières phalanges sont libres et s'exécutent sans craquement. Mais la radiographie montre des lésions (ostéophytes et pénétration des surfaces osseuses) également localisées sur les articulations interphalangiennes et phalango-métatarsiennes. L'examen des viscères et du système nerveux est négatif. Pas de tuberculose. Tension artérielle : 11-6.

C'est à l'âge de vingt-six ans que paraissent avoir dé-

buté les manifestations rhumatismales. Blanchisseuse, semblant avoir souffert de maintes privations, la malade commence à resssentir après les fatigues de la journée une sensation de lourdeur avec picotements au niveau des pieds, mais cependant la déformation de ceux-ci ne date que d'un an.

C'est à trente ans qu'elle commence à souffrir des mains. Elle n'eut jamais d'ailleurs de véritables crises douloureuses. Elle éprouvait plutôt une sorte de gêne, un fourmillement dans les doigts et les poignets et après le repos de la nuit, la malade reprenait sans peine son travail. Dès le début de ces douleurs, les doigts ont commencé à se déformer pour aboutir à l'état actuel. Cependant, la malade n'a cessé de travailler qu'en juin 1923.

Obs. II. (Résumée). — Les déformations sont moins marquées et exclusivement localisées aux mains. Elles s'accompagnent aussi d'un minimum de signes fonctionnels, mais ici la radiographie ne montre aucune lésion ostéoarticulaire. Il s'agit plutôt dans ce second cas d'un rhumatisme fibreux que d'un rhumatisme ostéoarticulaire. Enfin, les déformations n'ont débuté que très tard, à 59 ans.

Le B. W. est négatif. Les tibias sont en lame de sabre. Un œil a été énucléé dans l'enfance. Les os propres du nez sont élargis.

Chez cette malade, le Quinby a amené une sédation des douleurs.

OBSERVATION XXVII

FATOU (*Gaz. Hôp.*, 9 décembre 1925, page 1.593)

Homme de trente-huit ans, rhumatisme chronique, sans fièvre.

Début en 1919 par le genou gauche, puis les deux genoux. En 1922, ponction du genou, inoculation au cobaye négative.

En 1923, prise des deux chevilles, puis des coudes et des poignets. Intégrité des articulations des doigts.

Forme douloureuse ankylosante. A la radio : lésions osseuses apparues progressivement; bec de perroquet à la face profonde de la rotule, etc... Calcification des grosses artères des membres, visibles sur les clichés (tension artérielle normale aux quatre membres).

Wassermann du sang négatif.

Ponction du genou, le 30 juin 1924, soit cinq ans après le début.

Wassermann positif dans le liquide articulaire.

Cytologie :

Polynucléaires	83
Cellules macrophagiques	4
Cellules rondes et monos	10
Lymphos	3

Quelques globules rouges.

Picnose des éléments.

Soigné tour à tour pour rhumatisme blennorragique, pour rhumatisme déformant et pour rhumatisme tuberculeux (type Poncet).

Traitement antisyphilitique énergique depuis 1924, état stationnaire.

Nous citerons encore les observations suivantes :

OBSERVATION XXVIII

GASTOU. *Paris Médical*, 1923, page 200

Rhumatisme déformant, pleurite chronique, tabès héréditaire.

OBSERVATION XXIX

HERTOGHE. *Scalpel*, 1924, page 1.129

Il s'agit d'une malade de 49 ans qui présente de très grosses déformations articulaires en même temps que de la myocardite.

OBSERVATION XXX

ROUILLARD et CALMELS. *Soc. Méd. Hôp.*, 1926

Au milieu de multiples manifestations, cette hérédo de 44 ans, présente des ostéoarthropathies : l'une ancienne siégeant au coude droite a déterminé une ankylose osseuse complète avec hyperostose condensante de l'humérus et des deux os de l'avant-bras. D'autres, plus récentes, sont localisées au coude gauche et aux genoux.

Caractères biologiques des épanchements de l'Heredosyphilis articulaire tardive

Cytologie et Réaction Wassermann

Si on compulse les observations que nous avons citées au cours de cette étude, on constate que la cytologie conclut presque toujours à une polynucléose, souvent très forte. Fatou a attiré l'attention sur le caractère paradoxal de cette formule cytologique. Même dans les formes les plus chroniques, on trouve des polynucléoses allant jusqu'à 92 % (obs. III). Il semble que le tréponème soit pyogène comme l'avait soutenu Grancher. Il s'agit d'ailleurs souvent d'épanchements puriformes à leucocytes non altérés.

Il faut cependant signaler quelques exceptions à cette règle de la polynucléose. Tout d'abord, notre observation I, mais nous avons vu qu'il fallait faire des réserves sur la numération de son épanchement. Fouquet a lui aussi, publié un cas avec lymphocytose. Ces temps derniers enfin, Derocchement est de constater une très forte polynucléose.

Il n'en reste pas moins vrai que la règle dans cet épanchement est de constituer une très forte polynucléose.

La réaction de Wassermann est régulièrement positive dans le liquide de ponction alors même, comme l'a montré Fatou, qu'elle est négative dans le sang. En cas de positivité des deux réactions, c'est toujours celle de l'épanchement qui est la plus forte. Souvent d'ailleurs, le traitement amène une réactivation et il y a alors parallélisme entre les réactions du sang et du liquide d'hydarthrose.

Ces résultats sont absolument superposables à ceux qu'on observe dans la syphilis nerveuse où la réaction du sang étant très souvent négative, on voit des réactions de Wassermann positives fortes dans le liquide céphalo-rachidien.

Nous donnons dans le tableau ci-contre les résultats des examens de laboratoire pratiqués sur le liquide de ponction.

OBSERVATIONS	W. du sang	W. du liquide d'hydrathrose	Cytologie
I (Tzanck et Fatou)	positif	positif	lymphocytose
III (Fatou).....	négatif	positif	polynucléose
IV (Gilbert, Benard et Fatou)	négatif	positif	polynucléose
V (Louste Fatou et Rougier)	Positif ap. réact.	positif	polynucléose
VI (Caussade et Fatou)....	négatif	positif	polynucléose
XIII (Fatou et Favory).....	positif	positif	polynucléose
XIV (Derocque).....	positif	positif	lymphocytose
XV (Duperié et Guénard)..	positif	positif	polynucléose
XVI (Duperié et Cadenaule).	douteux	positif	polynucléose
XVII (Kruger).....	positif	positif	—
XXVII (Fatou).....	négatif	positif	polynucléose
Miginiac et Cadenat.....	—	positif	polynucléose
Dupont et Peyre.....	Positif ap. réact.	—	polynucléose
Fouquet.....	—	—	lymphocytose
Poehlmann, cas 62..	positif	—	—
— cas 63...	positif	positif	—
— cas 87.....	positif	positif	—
Trendtel.....	positif	positif	lymphocytose

Diagnostic

Laissant de côté le diagnostic de la pseudotumeur blanche, nous ne considérons ici que la polyarthrite subaiguë hérédo-syphilitique, les hydarthroses chroniques et le rhumatisme déformant.

PSEUDO-RHUMATISME SUBAIGU.

On devra penser à la possibilité d'hérédo-syphilis comme facteur étiologique d'une polyarthrite subaiguë lorsque la fièvre sera de faible intensité, l'action du salicylate nulle, lorsqu'une hydarthrose bilatérale tenace s'établira aux genoux accompagnée souvent d'atteinte du coude évoluant vers l'ankylose partielle.

Les sueurs particulières au rhumatisme articulaire aigu manquent ici.

On avait également dit que les complications cardiaques en étaient absentes. Nous croyons que cette notion est à réviser ainsi que le prouvent nos trois observations. Nous ne voulons pas opposer au rhumatisme articulaire aigu de Bouillaud un rhumatisme hérédo-syphilitique caractérisé égale-

ment par des atteintes articulaires et endocardiques. Nous croyons que la syphilis qui a causé chez nos sujets des troubles de développement plus ou moins accentués a pu léser à bas bruit la séreuse endocardique (soit dans la période, soit ultérieurement) et constituer des lésions valvulaires chroniques, cicatricielles ou à évolution lente, concordant avec les déterminations articulaires tardives.

Le fait intéressant est précisément cette concordance qui en impose pour un esprit non averti pour une forme atténuée de maladie de Bouillaud.

Il n'est pas jusqu'aux complications oculaires qui ne puissent accentuer la confusion possible. Il est bien probable que bon nombre des iritis rhumatismales signalées dans le rhumatisme articulaire n'étaient que des iritis au cours d'une polyarthrite hérédo-syphilitique comme l'a fait remarquer Fatou.

Le diagnostic positif sera fondé sur la recherche des stigmates de l'hérédo-syphilis et l'étude du liquide de ponction. Il ne faut pas se contenter de la réaction de Wassermann du sang, même après réactivation, il faut faire celle de l'épanchement et établir la formule cytologique du liquide articulaire.

HYDARTHROSES CHRONIQUES DU TYPE CLUTTON

Nous avons décrit précédemment leur symptomatologie. Elle est très nette.

Les éléments du diagnostic différentiel seront souvent la kératite et toujours la ponction systématique du genou suivie du Wassermann et d'une formule cytologique.

RHUMATISME DÉFORMANT.

Le diagnostic clinique du rhumatisme déformant hérédo-syphilitique ne peut se faire que par élimination successive des causes si nombreuses de cette affection, accompagnée de la recherche des stigmates et de la réaction de Wassermann du sang et parfois de l'examen du liquide articulaire s'il y a des poussées d'hydarthrose.

En résumé, nous insistons sur la nécessité de pratiquer en vue du diagnostic d'hérédo-syphilis articulaire, l'étude complète du liquide de ponction : réaction de Wassermann et cytologie.

On pourrait même envisager pour des cas d'étude la recherche du tréponème par inoculation au testicule de lapin comme l'ont fait Chesney et Kemp dans la syphilis articulaire acquise.

INTÉRÊT PRATIQUE DU DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Dès que le diagnostic d'hérédo-syphilis articulaire sera posé, il conviendra évidemment de commencer le traitement antisyphilitique. Ce sera d'ailleurs le meilleur moyen de contrôle du diagnostic étiologique.

Les arsénicaux peuvent provoquer de vives réactions comme le montre notre première observation. Les deux genoux furent le siège d'une véritable réaction d'Herxheimer. Le bismuth, le mercure et l'iode sont les agents les plus employés par les auteurs. La lecture des observations montre d'ailleurs que ces manifestations articulaires sont très tenaces, que les cures doivent être longues, répétées ; et malgré cela il demeure souvent des séquelles.

Conclusions

I. — Il existe des formes purement articulaires d'arthrite hérédo-syphilitique tardive. Il est inexact qu'une lésion osseuse de voisinage soit nécessaire à leur production.

II. — A la notion de bilatéralité simultanée de l'hydarthrose de l'hérédo-syphilis, il faut joindre celle de bilatéralité sucessive. L'hydarthrose peut même demeurer unilatérale.

III. — Il y a intérêt à pratiquer systématiquement la réaction de Wassermann dans le liquide d'hydarthrose. La réaction est, en effet, positive dans le liquide d'épanchement alors même qu'elle est négative dans le sang (Fatou).

IV. — La cytologie des épanchements de l'hérédo-syphilis tardive, même dans les cas les plus torpides, indique, en général, une forte polynucléose.

V. — Les observations que nous rapportons où il y a coïncidence chez un sujet hérédo-syphilitique d'une atteinte endocardique et d'une polyarthrite, nous mon-

trant qu'il n'y a pas de différence clinique entre certaines formes de la maladie de Bouillaud et le rhumatisme hérédo-syphilitique : d'ou l'intérêt des recherches de laboratoire (Wassermann et cytologie du liquide articulaire) pour établir le diagnostic.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
P. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

Bibliographie

OUVRAGES GÉNÉRAUX ET REVUES D'ENSEMBLE

ACHARD. — Clinique (*Journal des Praticiens*, 24 novembre 1928, page 769).

BERNARD (de Bruxelles). — Lésions syphilitiques des os, des articulations et des muscles (*Bruxelles Médical*, 7 juillet 1929, page 1.011).

BEZANÇON. — Syphilis articulaire (*J. des Praticiens*, 8 octobre 1927).

DREYFUS (Gilbert) et Pierre BOURGEOIS. — Formes cliniques de la syphilis articulaire de l'adulte (*Gaz. Hôp.*, 1925, page 501).

FATOU. — Les manifestations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive (*Bulletin Médical*, 1924, page 735).

FATOU et BLUM. — Les déterminations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive (*Gaz. Hp.*, 1925, p. 1.593).

FOUQUET. — Traité de la syphilis articulaire (Jacques, édit., 1905).

LANCE et HUC. — L'hérédo-syphilis ostéoarticulaire des membres de la deuxième enfance (*J. Méd. Franç.* 1927, page 442).

LOUSTE. — Les arthropathies syphilitiques (*J. de Médecine et de Chirurgie pratiques,* 10 juillet 1924).

SCHLESINGER. — Gonorrhoe und Lues als Ursache von Gelenkserkrankungen (*Wien Klin. Wochenschrift,* 1928, page 639).

WEIL M. P. — Médecine, novembre 1923. L'hydarthrose syphilitique.

OBSERVATIONS ET THÈSES

BLUM et FATOU. — *Gaz. des Hôpitaux,* 9 décembre 1925. Les déterminations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive.

BONNET. — *Lyon Médical,* 1926, page 599. Quelques cas de syphilis à prédilection osseuse ou articulaire.

CAPUTI. — Morgagni (Milano), 1924, page 1.609. Sifilide ossea ereditaria tardiva.

COUTELA. — *Presse Médicale,* 10 juillet 1926.

CHESNEY, KEMP et RESNIK. — *John Hopkins Hospital Medical Bulletin,* août 1924, page 235. Syphilitie arthritis recovery of T. pallidum from the synovial fluid.

CANTONNET. — *Paris Médical,* 1919, page 182.

CHENET. — *Thèse,* Paris, 1917-1918.

DEMBO LICHTFIELD A. FOOTE. — *J. Am. Ass.* Chicago, 1922, page 319. Bone and joint changes in congenital syphilis.

DUPÉRIÉ et GUÉNARD. — *J. de Médecine de Bordeaux*, 25 août 1920, page 442. Hydarthrose et kératite interstitielle dans une hérédo-syphilis tardive.

DUPÉRIÉ et CADENAULE. — Soc. anat. clin., Bordeaux, mai 1924. Hydarthrose bilatérale du genou et Hecht.

DEROCQUE. — *Normandie Médicale*, 1er janvier 1930. Hydarthrose bilatérale du genou, d'origine hérédo-spécifique.

ETIENNE AIMES et PUECH. — *Bulletin Soc. Méd. et Biol. de* Montpellier, 1922.

GASTOU — *Paris Médical*, 1923, page 200. La syphilis ostéo-articulaire.

HARVIER et DECOURT. — *Soc. Méd. Hôp.*, novembre 1923. Rhumatisme chronique déformant chez deux femmes hérédo-syphilitiques.

GERSON. — *Thèse*, Paris 1925. Les formes aiguës de la syphilis articulaire.

HERTOGHE. — *Scalpel*, 1924, page 1.129. Polyarthrite chronique déformante secondaire à une infection septicémique chronique de nature luétique, manifestation héréditaire tardive.

KRÜGER. — *Wien Derm. Gesell.*, 26 janvier 1922. Synovitis heredoluetica genus utriusque.

ANDRÉ LÉRI et BARTHELEMY. — *Soc. F. Dermato et Syph.*, 13 mars 1924. Hérédo-syphilis ostéo-articulaire tardive.

LANCE. — *Bull. Soc. Pédiatrie,* 25 avril 1922. Un cas d'ostéo-arthrite syphilitique grave de la hanche dans le décours du traitement d'une luxation congénitale de la hanche.

LESZCZYNSKI. — *Zentrablatt f. Haut. und Geschlechts krankheiten,* 1927, page 632 (Tome III). Polyarthrite hérédo-syphilitique.

LANE. — *Am. Journ. of Syphilis,* octobre 1922, page 611. Symmetrical synovitis in congenital syphilis.

MERLIER. — *Thèse,* Paris, 1918. Les arthropathies. Hérédo-syphilis et la triade de Hutchinson.

MONTANT. — *Thèse,* Paris, 1928. Sur les formes associées de la tuberculose et de la syphilis ostéoarticulaire.

MEURISSE. — *An. Mal. vénér.,* novembre 1927, page 820. Sur un cas d'hérédo-syphilis tardive.

MIGINIAC et CADENAT. — *Rev. orthopédie,* mars 1922, page 105. Contribution à l'étude de l'ostéo-arthropathie syphilitique héréditaire tardive de l'épaule.

MIGINIAC et TRIDON. — *Revue orthopédie,* juillet 1922. Nouvelle contribution.

MARIGONDA. — *Arch. ital. di dermato sifil. et venereol,* 1926, page 602. Considerazione su un caso di idartrosi eredoluetica.

MONNIER. — *Gaz. Méd.,* Nantes, 1[er] novembre 1925. Leçon clinique.

NICOLAS, GATÉ et PILLON. — *Lyon Médical*, 1922, page 873. Syphilis héréditaire à localisation multiple.

NICOLAS et PILLON. — *Soc. Méd. Hôp.*, Lyon, 4 mai 1926. Hérédo-syphilis à manifestations multiples.

NOBÉCOURT. — *Rev. Méd. Suisse Romande*, 1926, page 144. Polyarthrite chronique déformante hérédo-syphilitique.

ORTIGANO SAMPAIO. — *Brazil Medico*, 1923, page 227. Un cas de polyarthrite syphilitique.

POEHLMANN. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1923, p. 171. Uber Gelenk syphilis.

ROBERTS. — *Am. Journ. of Surgery*, mai 1923. Congenital syphilis as a factor in joint disease.

ROUGIER. — *Thèse*, Paris, 1924. Etude des épanchements articulaires dans l'hérédo-syphilis tardive.

RŒDERER et LIX. — *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syphil.*, 1923. Sup. R. S. 2.

ROUILLARD et CALMELS. — *Gaz. Hôp.*, 1926, page 713. Hérédo-syphilis tardive à manifestations multiples.

RICCIARDI. — *Pediatria*, avrie 1928. Su due casi di artrite cronica déformante eredoluetica.

ROSTENBERG. — *Bull. of the* New-York. Ac. of Méd. Sect ou Dermato. Chronic hydarthrosis in congenital syphilis.

STERNA. — *Il Policlinico,* 17 juin 1929 (Sez. prat.). Pseudo-rhumatisme subaigu dans la syphilis héréditaire latente.

SPRINGER. — *Presse Médicale,* 1926, page 1.159. Le diagnostic de la syphilis héréditaire par la radiographie des cartilages de conjugaison.

SATTA. — *Archivio di ortopedia,* 1921, page 323. Le arthropatie déformante eredoluetiche.

TRENDTEL. — *Zeitschrift für Kinderheilkunde,* 1927, pages 580-84.

TOPA. — *Spitalul,* 1922, page 207. Affection de l'articulation du genou dans la syphilis héréditaire.

WERTHER. — *Verein Dresdner Dermatologen und Urologen,* 7 novembre 1928. Lues Congenita.

Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER